

枚方市福祉事務所

(生活福祉担当 医療担当あて)

転院事由発生連絡票

次の者については、これまで入院治療を行ってきましたが、下記のとおり
転院の必要性が生じたため、連絡いたします。

| | |
|---------------------|-------|
| 転院事由発生日 | 年 月 日 |
| か | |
| 氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 現在入院中の医療機関名 | |
| 傷病名又は部位 | (1) |
| | (2) |
| | (3) |
| 傷病の程度 | |
| 転院が必要と認めた理由 | |
| 転院先予定医療機関 (ある場合) | |
| その他連絡事項 | |

連絡票記載者： _____